

<div>“保持健康” 評估表</div> <div>兒童，年齡 0–3 歲</div>		<div>Patient Stamp</div> <div>Patient Number</div> <div>Plan Name/Number</div> <div>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</div>		
兒童姓名 (名，姓)	出生日期	性別	今天的日期	<div>For Clinical Use</div> <div>Assistance needed:</div> <div>Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div> <div>Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div>
您的姓名	與兒童的關係	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其它			
<div>通過與孩子的醫療護理人員的合作，您可以使孩子的身體更加健康。請儘量回答下列問題。如果您不知道答案或不願意回答，您可選擇“跳過”並加上(✓)符號。您可以與醫療護理人員討論任何問題。您的回答將作為孩子醫療檔案的一部份保存。</div>				<div>Annual Review</div> <div>Date/Initials</div>
<div>回答示例：您的孩子是否上幼兒園？</div>				<div>是 ✓ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過 <input type="checkbox"/></div>
				<div>Interventions</div> <div>Code/Date/Initials</div>
<div>您家中是否有： <i>(Does your home have:)</i></div>				
1.	正常的煙霧警報器？ <i>(A working smoke detector?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
2.	自來水的溫度很高足以燙傷您的孩子？ <i>(Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過		
3.	在一樓以上的窗子和樓梯上安裝欄杆或欄門？ <i>(Window guards and stair gates above the first floor?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
4.	將清潔用品，藥物和火柴放在上鎖的櫃子裡？ <i>(Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
5.	在您的電話旁有毒藥控制中心的電話號碼？ <i>(The phone number for the poison control center posted by your telephone?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
<div>您是否： <i>(Do you:)</i></div>				
6.	總是將未滿周歲的孩子將他的 / 她的面朝上睡？ <i>(Always put your child to sleep on his/her back, if younger than 12 months of age?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
7.	曾經用奶瓶內裝果汁，牛奶或汽水哄孩子入睡？ <i>(Ever put your child to sleep with a bottle of juice, milk, or soda?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過		
8.	確保孩子每天刷牙？ <i>(Make sure your child's teeth are brushed every day?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
9.	當孩子在浴缸中時，總是和孩子在一起？ <i>(Always stay with your child when he/she is in the bathtub?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
10.	始終將孩子放在嬰兒車座中並用安全帶固定在汽車後排座位上？ <i>(Always put your child in a car seat and seat belt in the back seat of a car?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
11.	倒車前總是首先環繞汽車檢查孩子是否在車子周圍？ <i>(Always walk around your car to check for children before backing out?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過		
<div>For Clinical Use</div> <div>Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes</div>				

				For Clinical Use
				Interventions Code/Date/Initials
	您的孩子是否： <i>(Does your child:)</i>			
12.	除了家庭醫生外還有接受其它醫療護理服務 (如針灸師，中醫，矯正師，或其它醫療者)? <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
13.	母乳喂養? <i>(Breastfeed?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
14.	每天至少兩次喝嬰兒配方奶，鮮奶或酸奶酪? <i>(Drink formula, milk or eat yogurt at least 2 times a day?)</i>	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過
15.	每天吃蔬菜和水果? <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i>	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過
16.	吃可能引起氣管窒息的食物，如堅果，爆米花， 熱狗，整粒葡萄或硬糖果? <i>(Eat foods that may cause choking, such as nuts, popcorn, hotdogs, whole grapes, or hard candy?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
17.	在有游泳池或熱浴池的住宅或公寓中逗留? <i>(Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
18.	在藏有槍枝的住宅內逗留? <i>(Spend time in a home where a gun is kept?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
19.	在有人吸煙的住宅內逗留? <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
20.	經常在戶外活動時不塗抹防晒霜或用其它防晒用品 例如帽子或襯衫等? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection, such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
21.	您的孩子是否曾經目睹或遭受虐待或暴力? <i>(Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
22.	您是否有其它關於孩子健康的問題或關心的事項? <i>(Do you have other questions or concerns about your child's health?)</i> (請說明) <i>(Please identify)</i> _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
<div>For Clinical Use</div> <div>Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes</div>				

隱私權聲明

本聲明是依照1977年資訊實施法 (1798年加州民法) 和聯邦隱私權法 (5 USC 552a, 第 (E)(3)節)之要求，在收集個人資訊時刊登。 本表中的資訊繫應您的健康護理人員，健康保險計劃和健康服務部門的要求提供，目的是提供健康教育服務。病人可自願選擇是否提供本表中要求的資訊。不提供要求的資訊不會為病人帶來任何不利的後果。本表中收集的資訊將保存在病人的醫療檔案中，並與醫療檔案中 其它資訊一樣受到醫療和法律的保護。包括報告規定和病人隱私權保護在內的州法規條例適用於本表中的所有資訊。在該等法規條例的限制範圍內，本表收集的部份資訊可能轉送至州和當地政府及其監管機構，合約健康保險計劃和健康護理人員。

<div>“保持健康” 評估表 兒童，年齡 4–8 歲</div>		<div>Patient Stamp</div> <div>Patient NumberPlan Name/Number</div> <div>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</div>			
兒童姓名 (名，姓)	出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	今天的日期	<div>For Clinical Use</div> <div>Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div>	
您的姓名	與兒童的關係 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其它				
<div>通過與孩子的醫療護理人員的合作，您可以使孩子的身體更加健康。請儘量回答下列問題。如果您不知道答案或不願意回答，您可選擇“跳過”並加上(✓) 符號。您可以與醫療護理人員討論任何問題。您的回答將作為孩子醫療檔案的一部份保存。</div>				Annual Review Date/Initials	
回答示例：您的孩子是否參加體育運動？			<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過	Interventions Code/Date/Initials	
<div>您家中是否有： <i>(Does Your Home Have:)</i></div> <div>1. 正常的煙霧警報器？ <i>(A working smoke detector?)</i><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div> <div>2. 自來水的溫度很高足以燙傷您的孩子？ <i>(Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)</i><div><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div> <div>3. 在一樓以上的窗子上安裝欄杆？ <i>(Window guards above the first floor?)</i><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div> <div>4. 將清潔用品，藥物和火柴放在上鎖的櫃子裡？ <i>(Cleaning supplies, medicines and matches in a locked cabinet?)</i><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div> <div>5. 在您的電話旁有毒藥控制中心的電話號碼？ <i>(The phone number for the poison control center posted by your telephone?)</i><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div> <div><div>您的孩子是否： <i>(Does Your Child:)</i></div><div>6. 除了家庭醫生外還有接受其它醫療護理服務 (如針灸師，中醫，矯正師，或其它醫療者)？ <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i><div><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div><div>7. 每年至少看一次牙醫？ <i>(See the dentist at least once a year?)</i><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div><div>8. 每天至少喝兩次鮮奶或酸奶酪或乳酪？ <i>(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 2 times each day?)</i><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div><div>9. 每天吃蔬菜和水果？ <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div><div>10. 僅吃有限數量的油炸食物或快餐？ <i>(Eat only a limited amount of fried or fast foods?)</i><div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div></div></div>					
<div>For Clinical Use</div> <div>Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes</div>					

				For Clinical Use		
				Interventions Code/Date/Initials		
您的孩子是否： <i>(Does Your Child:)</i>						
11.	每週 5 天活躍地遊戲？ <i>(Play actively 5 days a week?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12.	需要減少或增加體重？ <i>(Need to lose or gain weight?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13.	曾經在街道上或無人看管的情況下在前院玩耍？ <i>(Ever play in the street or unsupervised in the front yard?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14.	乘車時總是使用緩衝座椅並繫上安全帶？ <i>(Always use a booster seat and seat belt when riding in a car?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15.	騎自行車或踩滑板時總是佩戴頭盔？ <i>(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16.	在有游泳池或熱浴池的住宅或公寓中逗留？ <i>(Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17.	在藏有槍支的住宅內逗留？ <i>(Spend time in a home where a gun is kept?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18.	在有人吸煙的住宅中逗留？ <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19.	經常在戶外活動時不塗抹防晒霜或用其它防晒用品 例如帽子或襯衫等？ <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
您的孩子是否： <i>(Has Your Child:)</i>						
20.	您的孩子是否曾經目睹或遭受虐待或暴力？ <i>(Ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21.	在家中或學校遇到任何問題？ <i>(Had any problems at home or school?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22.	您是否有其它關於孩子健康的問題或關心的事項？ <i>(Do you have other questions or concerns about your child's health?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(請說明) <i>(Please identify)</i> _____ _____ _____ _____ _____ _____						

For Clinical Use					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

隱私權聲明

本聲明是依照1977年資訊實施法 (1798年加州民法) 和聯邦隱私權法 (5 USC 552a, 第 (E)(3)節)之要求，在收集個人資料時刊登。本表中的資訊繫應您的健康護理人員，健康保險計劃和健康服務部門的要求提供，目的是提供健康教育服務。病人可自願選擇是否提供本表中要求的資訊。不提供要求的資訊不會為病人帶來任何不利的後果。本表中收集的資訊將保存在病人的醫療檔案中，並與醫療檔案中其它資訊一樣受到醫療和法律的保護。包括報告規定和病人隱私權保護在內的州法規條例適用於本表中的所有資訊。在該等法規條例的限制範圍內，本表收集的部份資訊可能轉送至州和當地政府及其監管機構，合約健康保險計劃和健康護理人員。

<div>“保持健康” 評估表</div> <div>少年，年齡 9–11 歲</div>		<div>Patient Stamp</div> <div>Patient Number</div> <div>Plan Name/Number</div> <div>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</div>					
		兒童姓名 (名，姓)		出生日期	性別	今天的日期	<div>For Clinical Use</div>
		您的姓名		與兒童的關係	<div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div>		<div>Assistance needed:</div> <div>Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div> <div>Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div>
		<div><input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其它</div>					
<div>通過與孩子的醫療護理人員的合作，您可以使孩子的身體更加健康。請儘量回答下列問題。如果您不知道答案或不願意回答，您可選擇“跳過”並加上(✓)符號。您可以與醫療護理人員討論任何問題。您的回答將作為孩子醫療檔案的一部份保存。</div>						<div>Annual Review</div> <div>Date/Initials</div>	
<div>回答示例：您的孩子是否上學？</div>						<div><div><input checked="" type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>您的孩子是否：<div>(Does Your Child:)</div></div>						<div>Interventions</div> <div>Code/Date/Initials</div>	
<div>1. 除了家庭醫生外還有接受其它醫療護理服務 (如針灸師，中醫，矯正師，或其它醫療者)? <div>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>2. 每年至少看一次牙醫？ <div>(See the dentist at least once a year?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>3. 每天至少喝三次奶，或酸奶奶酪或乳酪？ <div>(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>4. 每天吃蔬菜和水果？ <div>(Eat fruits and vegetables every day?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>5. 僅吃有限數量的油炸食物或快餐？ <div>(Eat only a limited amount of fried or fast foods?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>6. 每週 5 天活耀地遊戲？ <div>(Play actively 5 days a week?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>7. 需要減少或增加體重？ <div>(Need to lose or gain weight?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>8. 經常感到悲哀或壓抑？ <div>(Often feel sad or depressed?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>9. 騎自行車或踩滑板時總是佩戴頭盔？ <div>(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>10. 乘車時總是繫上安全帶？ <div>(Always wear a seatbelt when riding in a car?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>11. 在藏有槍支的住宅內逗留？ <div>(Spend time in a home where a gun is kept?)</div></div>						<div><div><input type="checkbox"/> 否</div><div><input type="checkbox"/> 是</div><div><input type="checkbox"/> 跳過</div></div>	
<div>For Clinical Use</div>							
<div>Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes</div>							

				For Clinical Use		
				Interventions Code/Date/Initials		
您的孩子是否： <i>(Does Your Child:)</i>						
12.	與攜帶槍枝，刀，棍棒或其它武器的朋友在一起？ <i>(Spend time with any friends who carry a gun, knife, club, or other weapon?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
13.	在有人吸煙的住宅內逗留？ <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
14.	經常在戶外活動時不塗抹防晒霜或用其它防晒用品 例如帽子或襯衫等？ <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
您的孩子有否： <i>(Has Your Child:)</i>						
15.	曾經吸煙或咀嚼煙草？ <i>(Ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
16.	曾經飲酒，例如啤酒，葡萄酒，酒類冷飲或烈酒？ <i>(Ever had alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
17.	曾經吸大麻，嗅膠水或服用街頭販賣的毒品？ <i>(Ever smoked marijuana, sniffed glue, or used street drugs?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
18.	有吸毒或酗酒問題的朋友或家庭成員？ <i>(Had friends or family members who had a problem with drugs or alcohol?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
19.	開始約會或同男友 / 女友“交往”？ <i>(Started dating or "going with" boyfriends/girlfriends?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
20.	開始發生性行為？ <i>(Become sexually active?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
21.	曾經遭受性騷擾或性虐待？ <i>(Ever been molested or sexually abused?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
22.	曾經目睹或遭受身體上的虐待或暴力？ <i>(Ever witnessed or been a victim of physical abuse or violence?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
23.	在家中或學校有任何問題？ <i>(Had problems at home or school?)</i>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
24.	您是否有其它關於孩子健康的問題或關心的事項？ <i>(Do you have other questions or concerns about your child's health?)</i> (請說明) <i>(Please identify)</i> _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過		
<div style="text-align: center;">For Clinical Use</div> <div> Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes </div>						

隱私權聲明

本聲明是依照1977年資訊實施法 (1798年加州民法) 和聯邦隱私權法 (5 USC 552a, 第 (E)(3)節)之要求，在收集個人資訊時刊登。 本表中的資訊繫應您的健康護理人員，健康保險計劃和健康服務部門的要求提供，目的是提供健康教育服務。病人可自願選擇是否提供本表中要求的資訊。不提供要求的資訊不會為病人帶來任何不利的後果。本表中收集的資訊將保存在病人的醫療檔案中，並與醫療檔案中 其它資訊一樣受到醫療和法律的保護。包括報告規定和病人隱私權保護在內的州法規條例適用於本表中的所有資訊。在該等法規條例的限制範圍內，本表收集的部份資訊可能轉送至州和當地政府及其監管機構，合約健康保險計劃和健康護理人員。

<div>“保持健康” 評估表</div> <div>青少年，年齡 12–17 歲</div>		<div>Patient Stamp</div> <div>Patient Number</div> <div>Plan Name/Number</div> <div>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</div>					
		患者姓名 (名，姓)		出生日期	性別	今天的日期	<div>For Clinical Use</div> <div>Assistance needed:</div> <div>Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div> <div>Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div>
		填表人姓名 (若非病人本人)		關係	<div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div> <div><input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 其它</div>		
<div>通過與孩子的醫療護理人員的合作，您可以使孩子的身體更加健康。請儘量回答下列問題。如果您不知道答案或不願意回答，您可選擇“跳過”並加上(✓)符號。您可以與醫療護理人員討論任何問題。您的回答將作為孩子醫療檔案的一部份保存。</div>						<div>Annual Review</div> <div>Date/Initials</div>	
<div>回答示例：您是否參加體育運動？</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div>						<div>Interventions</div> <div>Code/Date/Initials</div>	
<div>您是否：<u>(Do You:)</u></div>							
1.	住在家中？ (Live at home?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
2.	上學？ (Go to school?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
3.	除了家庭醫生外還有接受其它醫療護理服務？ (如針灸師，中醫，矯正師，或其它醫療者)？ (Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過			
4.	每年至少看一次牙醫？ (See the dentist at least once a year?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
5.	每天至少喝三次奶，或酸奶奶酪或乳酪？ (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
6.	每天吃蔬菜和水果？ (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
7.	僅吃有限數量的油炸食物或快餐？ (Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
8.	每週 5 天鍛鍊身體或玩一些活耀的運動？ (Exercise or play an active sport 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
9.	考慮需要減少或增加體重？ (Think you need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過			
10.	經常感到悲哀或壓抑？ (Often feel sad, down, or hopeless?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過			
11.	乘車時總是扣上安全帶？ (Always wear a seat belt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
12.	騎自行車或踩滑板時總是佩戴頭盔？ (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過			
13.	在藏有槍支的住宅內逗留？ (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過			
14.	在有人吸煙的住宅內逗留？ (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過			
15.	經常在戶外活動時不塗抹防晒霜或用其它防晒用品 例如帽子或襯衫等？ (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過			
<div>For Clinical Use</div> <div>Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes</div>							

未經您的特別書面許可，有關您的性和家庭規劃問題的回答不會透露給任何人，包括您的父母。 (Your answers to questions about sex and family planning cannot be shared with anyone, including your parents, without your special written permission.)		For Clinical Use		
		Interventions Code/Date/Initials		
您是否曾經：(Do You Ever:)				
16.	曾經吸煙或咀嚼煙草？ (Smoke cigarettes or cigars or chew tobacco?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
17.	曾經飲酒，例如啤酒，葡萄酒，酒類冷飲或烈酒？ (Drink alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
18.	酒後開車或搭乘飲過酒的人開的車？ (Drive a car after drinking or ride in a car driven by someone who has been drinking?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
19.	吸毒，例如大麻，可卡因，未提純的可卡因， 幻藥或迷幻藥？ (Use drugs such as marijuana, cocaine, crack, crank, or ecstasy?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
20.	您是否曾經性交過？ (Have you ever had sex?) 如果“是”，請繼續回答下列問題。 如果回答“否”，請跳至問題 26。 (If "Yes," continue to next question. If "No" go to question 26.)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
21.	您認為您的伴侶有可能懷孕嗎？ (Do you think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
22.	在最近的一年中，您曾經不採用避孕措施性交嗎？ (Have you had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
23.	您是否認為您或您的性伴侶可能患有性病？ (Do you think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
24.	在過去一年中，您或您的性伴侶（們）是否與任何其它人性交？ (Have you or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
25.	在最近一次性交時，您或您的伴侶是否使用保險套？ (Did you or your partner use a condom the last time you had sex?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過
您是否？ (Have you:)				
26.	曾經被強迫或被壓迫性交？ (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
27.	是否曾經被打，被摑耳光，被踢或受到身體傷害？ (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
28.	曾經攜帶槍枝，刀，棍棒或其它武器？ (Ever carried a gun, knife, club, or other weapon?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
29.	您是否有其它關於健康的問題或關心的事項？ (Do you have other questions or concerns about your health?) (請說明) (Please identify) _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
<div>For Clinical Use</div> <div>Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes</div>				

隱私權聲明

本聲明是依照1977年資訊實施法 (1798年加州民法) 和聯邦隱私權法 (5 USC 552a, 第(E)(3)節)之要求，在收集個人資料時刊登。 本表中的資訊繫應您的健康護理人員，健康保險計劃和健康服務部門的要求提供，目的是提供健康教育服務。病人可自願選擇是否提供本表中要求的資訊。不提供要求的資訊不會為病人帶來任何不利的後果。本表中收集的資訊將保存在病人的醫療檔案中，並與醫療檔案中其它資訊一樣受到醫療和法律的保護。包括報告規定和病人隱私權保護在內的州法規條例適用於本表中的所有資訊。在該等法規條例的限制範圍內，本表收集的部份資訊可能轉送至州和當地政府及其監管機構，合約健康保險計劃和健康護理人員。

<div>“保持健康” 評估表</div> <div>成年人，18 歲及以上</div>		<div>Patient Stamp</div> <div>Patient Number</div> <div>Plan Name/Number</div> <div>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</div>				
		患者姓名 (名·姓)	出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	今天的日期	<div>For Clinical Use</div> <div>Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div>
		<div>通過與孩子的醫療護理人員的合作，您可以使孩子的身體更加健康。請儘量回答下列問題。如果您不知道答案或不願意回答，您可選擇“跳過”並加上(✓) 符號。您可以與醫療護理人員討論任何問題。您的回答將作為孩子醫療檔案的一部份保存。</div>				
<div>回答示例：您是否參加體育運動？</div>				<div><input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div>	<div>Interventions Code/Date/Initials</div>	
<div>您是否： <i>(Do You:)</i></div>						
1.	除了家庭醫生外還有接受其它醫療護理服務 (如針灸師，中醫，矯正師，或其它醫療者)? <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
2.	每年至少看一次牙醫? <i>(See the dentist at least once a year?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
3.	每天至少喝三次奶，或酸奶酪或乳酪? <i>(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
4.	每天吃蔬菜和水果? <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
5.	僅吃有限數量的油炸食物或快餐? <i>(Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
6.	每週 5 天鍛練或從事適量的體育活動，例如散步或 園林勞動? <i>(Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
7.	考慮需要減少或增加體重? <i>(Think you need to lose or gain weight?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
8.	經常感到悲哀或壓抑? <i>(Often feel sad, down, or hopeless?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
9.	有朋友或家庭成員在您家中吸煙? <i>(Have friends or family members that smoke in your home?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
10.	經常在戶外活動時不塗抹防晒霜或用其它防晒用品 例如帽子或襯衫等? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i>			<div><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過</div>		
<div>For Clinical Use</div> <div>Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes</div>						

